Diario Médico

WWW.DIARIOMEDICO.PE

INFORMACIÓN Y NOTICIAS PARA LA INDUSTRIA MÉDICA Y SANITARIA

WWWW.DIARIOMEDICO.PE | AÑO V - NÚMERO 61 | EDICIÓN FEBRERO 2017 | EDITADO POR GRUPO ENFOQUE ECONÓMICO

DR. CESAR ANTONIO LOZA MUNARRIZ, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD PERUANA DE NEFROLOGÍA

“Se necesitan 300 nuevos centros de diálisis en el Perú”

Sumario:

ENTREVISTA:

“Los pediatras jóvenes hacen carrera en el sector privado”

Los médicos pediatras jóvenes están apostando por laborar en hospitales privados, antes de mantenerse como médicos en el sector público, que es donde se concentra el grueso de los especialistas, señala el Dr. Abel Salinas, presidente del gremio de pediatras.

INVESTIGACIÓN MÉDICA:

“LA TERAPIA GENÉTICA ES LO QUE SE VIENE EN EL TRATAMIENTO DE PÁRKINSON”

Pocos saben que esta patología es multisistémica y que empieza fuera del sistema nervioso central 30 años antes de presentarse los síntomas motores pero el desafío es diagnosticarlas en esa etapa. Una esperanza es la terapia genética.

ACTUALIDAD:

CLÍNICA DELGADO CUENTA CON MODERNO SISTEMA CARTO 3

Es el único Sistema de Navegación Electroanatómico, que cuenta con máxima capacidad de resolución, para el estudio y tratamiento de las arritmias más complejas.

ACTUALIDAD:

ESCALA SALARIAL A MÉDICOS VERÍA LA LUZ EN ABRIL DE ESTE AÑO

Ministra de Salud Patricia García, señaló que está trabajando con los gremios de salud, para tener lista la escala salarial para el mes de abril.

ESCUELA DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

ACTUALIDAD

DR. CESAR LOZA MUNARRIZ, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD PERUANA DE NEFROLOGÍA

"Se necesitan 300 nuevos centros de diálisis en el Perú"

En nuestro país hay aproximadamente 140 centros de diálisis entre EsSalud y MINSA en la que se atienden aproximadamente 13 mil personas pero se necesitan al menos 300 centros más de manera descentralizada, **señala el Dr. Cesar Antonio Loza Munarriz, Presidente de la Sociedad Peruana de Nefrología.**

En el Perú los hospitales de EsSalud o del Ministerio de Salud no poseen la suficiente infraestructura para atender la sobre demanda de pacientes que necesitan del servicio de diálisis. Desde hace algunos años este servicio es tercerizado por EsSalud, pero aún así los centros actuales están saturados y centralizados en su mayoría solo en Lima.

Por lo mismo, Dr. Cesar Antonio Loza Munarriz, Presidente de la Sociedad Peruana de Nefrología, señala que necesitamos al menos 300 centros más de diálisis, pero no solo en Lima, sino en todo el país para atender a la demanda.

"En EsSalud debe haber más o menos 120 centros de diálisis, mientras que El Ministerio de Salud debe tener entre 15 a 20 centros. Pero eso no es suficiente, el déficit es de más o menos 300 centros de diálisis" indicó el Dr. Loza, quien además añadió que el Ministerio de Salud no tiene la capacidad logística para crear estos nuevos centros por lo que es conveniente recurrir a la inversión privada, pero con reglas claras.

El presidente de la sociedad científica, especialista en el tema, también indica que hay al menos 12 mil personas que necesitan terapia de diálisis pero no pueden acceder a ella, por no contar con ningún seguro, puesto que de los 13 mil personas que están en tratamiento de diálisis cerca de 10 mil lo hacen a través de EsSalud y solo tres mil por el Sistema Integral de Salud. Pero en este sistema la cifra debiera llegar a los 15 mil pacientes.

> **"EN ESSALUD DEBE HABER MÁS O MENOS 120 CENTROS DE DIÁLISIS, MIENTRAS QUE EL MINISTERIO DE SALUD DEBE TENER ENTRE 15 A 20 CENTROS. PERO ESO NO ES SUFICIENTE, EL DÉFICIT ES DE MÁS O MENOS 300 CENTROS DE DIÁLISIS"**

"Los servicios de diálisis se tiene que descentralizar sino no vamos a poder cumplir con cubrir toda la demanda. Ahora mismo no se puede porque no hay un sistema coordinado. El MINSA no tiene una política clara, una estrategia para poder enfrentar esta enfermedad. Ahorita hay una sobre demanda en el Ministerio de Salud, que no es cubierta y esa gente lamentablemente se está muriendo" indicó el Dr. Loza, médico nefrólogo.

Asimismo, Loza, señala que ellos tienen propuestas claras de cómo enfrentar esta enfermedad, pero todos los gobiernos han ignorado sus propuestas, no solo de ellos sino de las demás sociedades médicas. **"Esa es una debilidad, tenemos nuestras propuestas para hacer las políticas de salud más razonables en todo el país. El sustento de las políticas de salud debe ser con el sustento técnico de las sociedades científicas sino todo va ser un fracaso"**

En efecto, una de las instituciones que ha tercerizado el servicio de diálisis, por el alto costo de las inversiones y el número de pacientes que requieren del tratamiento, es EsSalud. Pero no todo ha sido color de rosa en ese proceso, ya que en el 2014 Indecopi inició investigación a 39 centros de hemodiálisis por perjuicio a EsSalud, de las cuales el año pasado fueron sancionados 34 de ellos, después de un largo proceso.

Indecopi acreditó que 34 de las 39 empresas investigadas presentaron cotizaciones con valores referenciales consensuados superiores a los pagados por EsSalud, con la finalidad de que se eleve el valor referencial vigente. Esta situación fue reforzada con acciones adicionales de estas empresas, las que al no ver acogidos sus valores referenciales se negaron conjuntamente a participar en los procesos de selección convocados, a fin de obligar a EsSalud a plantear nuevos procesos de selección y adoptar los valores que habían presentado.

Debido a este problema de los proveedores de EsSalud, hubo iniciativas de Asociaciones Público Privadas presentadas a ProInversión para la construcción de 40 centros de diálisis en todo el país por una compañía inversionista de México pero la iniciativa no progresó por temas burocráticos.

De otro lado, los pacientes que sufren de un tratamiento integral renal no solo sufren la falta de centros donde poder recibir este tratamiento sino también la carencia de especialistas, que es un problema ya conocido en el sistema de salud nacional.

"Somos 280 nefrólogos en el Perú, no llegamos ni a 300, tenemos siete nefrólogos por cada millón de habitantes. El número ideal de nefrólogos por cada millón, para igualarnos en Latinoamérica, es de 14 a 20 por cada millón de habitantes. Allí también hay un déficit" indica el Presidente de la Sociedad Peruana de Nefrología.

No obstante, para el Dr. Loza, es el Ministerio de Salud el que debe planificar como sumar más profesionales en esta especialidad. **"Mientras ellas no tomen la batuta y no tengan las cosas claras, habrá más déficits de todas las especialidades"** apunta.

También indica que existe un documento que se llama "Análisis de la Situación Renal en el Perú" y es un documento oficial del Ministerio de Salud del 2015 y 2016. Allí se detalla la situación y problemática de la enfermedad renal crónica en el Perú. **"Están todas las cifras oficiales. Pero esas cifras hay que socializarlas para que todos los decisores de la política de salud, puedan tomar acciones".** Señala Loza.

En el documento se indica, entre otras cosas, que Perú, más del 50% de la población que potencialmente requiere algún tipo de el Tratamiento de Reemplazo Renal (TRR) no la está recibiendo. Existen regiones del país donde el Ministerio de Salud (MINSA) no cuenta con centros de diálisis en sus hospitales para el manejo de éstos pacientes [5], ni con nefrólogos para su atención.

Aunque es un problema que va más allá de recursos económicos, algunas estimaciones sugieren que para dar cobertura similar al promedio latinoamericano a los pacientes que requieren algún tipo de TRR, el presupuesto de salud debería duplicarse para La enfermedad renal crónica en el Perú.

En el caso de EsSalud, que cuenta con el mayor número de pacientes en tratamiento continuo, hay esfuerzos de seguir con la inversión de centros de diálisis. Por ejemplo, el próximo año debe estar listo y operativo un nuevo Centro de hemodiálisis con modernas máquinas de última generación, según contrato con la APP, con una inversión de diez millones de soles en el Callao.

En este centro se atenderán más de 30 mil sesiones de hemodiálisis anuales a la población asegurada adscrita. Cabe precisar que de los 10 mil 500 pacientes con insuficiencia renal que vienen recibiendo tratamiento de hemodiálisis a nivel nacional en EsSalud, 525 pacientes se concentra en los distritos de San Martín de Porres y Callao.

esan.edu.pe/diplomas

Diploma

Formalización y Categorización de Instituciones en Servicios de Salud

Actualizarte y capacitarte abre más puertas de las que te imaginas.

› Inicio de clases | 22 abril 2017

Cursos

- Categorización: marco normativo
- Guías técnicas para la categorización
- Taller I: guías técnicas de atención directa
- Taller II: guías técnicas de atención de soporte
- Gestión por procesos para las IPRESS
- Herramientas de gestión en salud

#1 preferencia
Escuelas de Posgrado
XVI Encuesta Anual de Ejecutivos de la CCL 2016

Primera escuela peruana en el **Ranking**
Escuelas de Educación Ejecutiva
América Economía 2016

Única escuela peruana en el **Ranking**
Productos In Company
Encuesta de Financial Times 2016

Única escuela peruana en el **top 20**
Escuelas de Negocios de Vanguardia en Latinoamérica
Forbes 2016

Acreditaciones

AACSB ACCREDITED · ASSOCIATION OF MBAS ACCREDITED

Membresías

EFMD · nibes. Network of International Business and Economic Schools · CLADEA · Miembro PIM en el Perú · PRME Principles for Responsible Management Education

Informes e inscripciones
Asesora Comercial: Adela Cáceres
T/ 317 7226 **Anexo:** 4127 **C/** 942 044 967 **WhatsApp:** 942 891541
E/ acaceres@esan.edu.pe
Alonso de Molina 1652, Monterrico, Surco
www.esan.edu.pe

conexionesan.com @esanperu esaneducacionejecutiva

esan GRADUATE SCHOOL OF BUSINESS | Executive Education

ACTUALIDAD

DR. ABEL HERNÁN SALINAS RIVAS, NUEVO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRÍA

"Los pediatras jóvenes apuestan por hacer carrera en el sector privado"

A diferencia de épocas pasadas, los médicos pediatras jóvenes están apostando por las condiciones laborales de los hospitales privados, antes de mantenerse como médicos en el sector público, que es donde se concentra el grueso de los especialistas, señala el Dr. Abel Salinas, presidente del gremio de pediatras, quien además pide considerar a la Sociedad para aportar en políticas de salud pública para la niñez y denuncia que, en un área crítica del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, que debiera ser ocupado por un pediatra especialista, labora un médico de adultos.

¿Cuáles son los objetivos de esta nueva directiva?

Hemos tomado tres lineamientos importantes. Uno que tiene que ver con la investigación de la salud en los niños, la capacitación de pediatras y médicos en la atención de los niños, incluido los padres y por último fortalecer la institución de su rectoría dentro de la salud infantil en el país. Esos son nuestros tres grandes lineamientos.

Veo que su enfoque es hacía la población, más de prevención buscando la colaboración con la políticas de salud…

Para poder desarrollar esos lineamientos hemos visto qué es lo que está ocurriendo. Nuestros fines como sociedad lo hemos contrastado con la realidad nacional de la salud de los niños y allí encontramos una cantidad de temas. Encontramos la mortalidad infantil, que si bien es cierto ha disminuido en Perú en los últimos años ya se mantiene estacionaria en 18, por mil nacidos vivos, nos preocupa que el componente neonatal, el periodo de vida de los primeros 28 días del recién nacido, no disminuye durante los últimos años, está inamovible, tenemos que mirar hacia ese punto. La mortalidad neonatal.

¿Hay estudios que indican a qué se debe?

Si vemos la patología por la que fallece los recién nacidos son; la prematures, bajo peso al nacer, infecciones y asfixia al nacer. Todos estos problemas de salud requieren una respuesta del profesional y evidentemente de todo el aparato de salud. Pero lo que le compete a la Sociedad Médica, es la capacitación de estos profesionales de la salud. Nosotros no apuntamos solamente se formen mas pediatras, subespecialistas en neonatología sino, tenemos que fortalecer las competencias del pediatra general. Por ejemplo, en temas como neonatología. Creemos que el pediatra general debe tener más competencias, y nos comprometemos a interactuar con el Colegio Médico y con las universidades para participar en la formación de estos profesionales.

¿Qué otros problemas afectan a la niñez?

La desnutrición crónica infantil y la anemia en menores de tres años, que venía reduciéndose aceleradamente pero se ha detenido y aun hay grandes brechas. Ni que decir en la anemia en los menores de tres años. Los indicadores dicen que más del 43% de los niños en el Perú tienen anemia. Y es vista como una disminución de las cifras de hemoglobina, y es la punta del iceberg, porque significa que el niño está desnutrido, tiene menores defensas y más infecciones a repetición y lo que es peor, tiene menos posibilidades de alcanzar un desarrollo cognitivo como pudiera tener un niño que no tiene anemia al año de edad. Hay mucho que hacer allí. Si a esto le sumamos en el contexto las vacunas. Hay más.

"El sector público, entre el Ministerio de Salud y Essalud tienen el mayor número de especialistas pediatras, pero también es cierto que antes las instituciones privadas apenas tenían el uno o dos por ciento en pediatras exclusivos."

¿Qué otras cosas preocupan a la Sociedad Peruana de Pediatría?

Hablando de vacunas en el 2014 se conformó un comité consultivo de inmunizaciones del MINSA que lo integraban Sociedades Científicas e Instituciones. Todo eso ha desaparecido y ha sido reemplazado por un comité de experto, que no dudamos de sus capacidades, pero cinco personas que conforman un comité, no representan más que su propia experiencia y no pueden entender una visión institucional de país de compromiso que pueden tener las sociedades o las instituciones organizadas.

Además ustedes tienen el conocimiento de sus instituciones a nivel internacional…

Una de las primeras cosas que hemos hecho es contactarnos inmediatamente con todas las sociedades pediatras de la región de las Américas, con las sociedades científicas del Perú y nos hemos comprometido con ellos, estamos presentando nuestras credenciales para sumar esfuerzos para todos los temas en comunes. Por ejemplo, si volvemos al tema de vacunas, si bien es cierto las vacunas siempre las relacionamos con el niño, no solo son para niños sino que son para toda la vida y diferentes momentos.

¿Cuántos asociados del universo de pediatras tienen en la Sociedad?

La sociedad peruana de pediatría tiene incorporado a un grupo de pediatras, no a todos. Según registra el Colegio Médico son como tres mil pediatras pero nosotros solo teneos a 700 asociados. No obstante, incrementado sustancialmente nuestros miembros adscritos o asociados y tenemos un plan mucho más agresivo de incorporar a todos los pediatras en cualquiera de las categorías que le correspondan incluyendo los sub especialistas. Una de las cosas es que le hemos pedido al CMP es que se de la condición de que el pediatra miembro de la Sociedad Peruana de Pediatría, en su calidad de titular y en su condición de hábil, tenga el mismo puntaje que un docente universitario para la recertificación.

¿Es un objetivo de su gestión?

Nuestra propuesta es que en estos dos años podamos duplicar la cifra de asociados. Ahora desde residentes pueden ingresar en condición de adscritos y también se puede ingresar como miembro asociado teniendo título profesional de médico y estando registrada la especialidad en el CMP, o recertificado y con la constancia de habilidad. Con eso es suficiente.

¿En qué sistema de salud está el grueso de pediatras en el país?

El sector público, entre el Ministerio de Salud y Essalud tienen el mayor número de especialistas pediatras, pero también es cierto que antes las instituciones privadas apenas tenían el uno o dos por ciento en pediatras exclusivos. Hoy ya tenemos un buen número de médicos pediatras que se hacen exclusivos del sector privado porque van acortando su carrera pública. Antes ningún pediatra esperaba retirarse de su hospital sino antes de tener 25 o 30 años de servicio. Ahora tenemos médicos que a los cinco u ocho años deciden retirarse del sector público y solamente concentrarse en el sector privado, esa es una realidad.

¿A qué se debe esa tendencia?

Tiene que ver mucho con las condiciones laborales y condiciones en general. Cuando los pediatras jóvenes por ejemplo ven un hospital donde no encuentran una infraestructura adecuada, cuando no se respetan las normas de seguridad, de calidad de atención. Cuando no hay insumos, no hay equipamiento para avanzar, cuando existe poca motivación en las remuneraciones, creo que comienza a optar por salirse y buscar otros mecanismos. Y aquí no se trata de cerrar lo privado sino de reconocer que este sector sí ha apostado por calidad y seguridad del paciente. Además la brecha entre la atención de un niño por ejemplo en un hospital y una clínica privada tiene una diferencia notable tanto así que es percibida por el público en general. En todas las encuestas de satisfacción los padres prefieren llevar a sus niños a un privado y o a un hospital público, ni siquiera de la seguridad social. Esto es porque definitivamente los estándares de calidad y seguridad sí se vienen trabajando y para eso se requiere de inversión. Uno encuentra instituciones privadas acreditadas por organismos internacionales. Ningún hospital público lo tiene, menos uno pediátrico, eso habla del interés que tienen nuestras autoridades.

La Ministra hace poco propuso que en los colegios haya profesionales

de la salud, ¿qué opina, deben estar allí los pediatras?

Venimos trabajando en eso. Nos proponemos con el Comité de Damas y Proyección Social diseñar tres talleres que van a hacer precisamente para los padres y cuidadores de los niños incluidos los profesores, donde vamos a entrenarlos y sensibilizarlos sobre qué temas tienen que saber que pueden aquejar a los adolescentes. Para que sepan a qué están expuestos para y puedan abordarlos y trasmitirles la información para que se defiendan de eso. Muchos están envueltos en problemas por falta de información y no encuentran el conducto, muchos adolescentes se comunican con el amigo, con el primo mayor, porque ha hecho una barrera con los profesores y los padres. Nosotros creemos que ese es un tema que la sociedad puede participar y vamos a hacerlo en breve. Lamentablemente tenemos ciertas limitaciones. Vamos a empezar con algunos colegios en Lima y mediante las filiales a todas las provincias donde estamos, para replicar estos talleres.

¿Cómo le ha ido a la Sociedad en la autofinanciación de sus Congresos y Simposios?

La sociedad ha logrado pasar este bache de la desaceleración de la economía, pero con muchas dificultades. En el 2015 felizmente tuvimos un Congreso Latinoamericano que nos ayudó muchísimo y nos generó una gran participación de médicos de diferentes países y por lo tato la

connotación de ese evento nos ayudó muchísimo. Pero también es cierto que tenemos mucha competencia. Por eso nosotros consideramos a la industria farmacéutica nuestros aliados estratégicos y si trabajamos con fines e intereses claros, bien definidos, podemos caminar juntos.

Por otro lado, no vamos a competir con tantos cursos internacionales por qué entenderá que la Sociedad Peruana de Pediatría siendo la institución rectora de la pediatría en el país no puede competir, sin subestimar, los cursos que puedan hacer diferentes instituciones u hospitales. La Sociedad tiene que hacer algo más contundente. Nuestras jornadas científicas y congresos van a ser mucho más robustos y más conferencias y más conferencias simultáneas y participación de nuestros investigadores. Además tenemos un nuevo ingrediente que son los talleres teóricos - prácticos de temas muy puntuales donde en pocas horas vamos a poder capacitar o trasmitir competencias a nuestros pediatras para que ese mismo día lo puedan utilizar con sus pacientes. Por eso hemos tenido buena acogida de la industria. Están con muchas ganas de participar con nosotros, no solo en lima, sino descentralizado.

¿Cómo es el mercado farmacéutico para niños en el Perú?

En general el mercado farmacéutico en el Perú es totalmente imperfecto, no tenemos regulación sobre precios, usted puede encontrar diferentes precios, del uno al cien, no solo en la denominación común internacional sino también sobre el mismo nombre comercial. Y eso se debe a la poca capacidad de regulación del MINSA a través de DIGEMID. Es absolutamente inviable que una dirección general pueda regular un tema tan grande como medicamentos. No hemos podido resolver el tema de genéricos y hoy por hoy tenemos el problema de biosimilares, porque ya existen los bilógicos. No hay capacidad para supervisar y controlar todo.

¿Eso se debe a la cantidad de productos que ingresan?

En la década de los noventa en el Perú se registraban más o menos 150 productos al año, con aquello de la libre economía de mercado. El Perú fue un país donde el registro sanitario costaba 150 dólares, el más báratro tal vez del mundo. Había siete días para dar registro sanitario sino existía el silencio positivo administrativo. De manera que de 150 registros sanitarios pasamos a 1700 registros sanitarios por año. Se hizo inmanejable a los largo de los años de manera que hoy por hoy tenemos todas las copias habías y por haber de todos los productos. No hay genéricos de calidad, nosotros apostamos por los genéricos de calidad pero no los hay. Tenemos más copia que otra cosa.

¿Antes por los pocos fármacos para niños se le daban raciones pequeñas de los medicamentos para adultos, esto ha cambiado drásticamente?

Un niño no es un adulto chiquito, es absolutamente diferente por muchísimas razones. A veces caemos en eso, en la prescripción y la utilización de fármacos pero no solo eso sino que también en la utilización de profesionales de la salud que debiera ser para adultos pero atienden a niños.

¿Usted puede imaginarse que el Instituto Nacional del Niño en San Borja que puede ser el de mayor especialización en el Perú, en la terapia intensiva, tenga intensivista de adultos manejando lactantes? Eso es un tema crítico y grave. Por eso nosotros decimos, sino tenemos intensivistas pediatras en cantidades suficientes tenemos que darle competencia al pediatra general para que maneje ese niño. Yo preferiría que mi hijo de darse el caso en un estado crítico sea manejado con un pediatra que haya adquirido competencias, así no haya hecho la sub especialidad completa. Pero que tenga entrenamiento en el manejo de niño crítico. Pero no preferiría a un médico de adultos que nunca ha manejado un niño, además de que no hay parecido absoluto entre un niño y adulto, son dos seres diferentes.

¿Eso no se ha corregido en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja?

No. Usted mismo puede constatar que no.

¿Las guías del Ministerio de Salud permiten eso?

Las guías en la que nosotros participamos como Sociedad el año pasado hicimos una propuesta de reglamento con el Ministerio en la que por ejemplo ante esa evidencia o realidad de la falta de intensivistas pediatras en áreas críticas, dijimos que el pediatra que acredite competencias trabajando en un hospital de alta complejidad un tiempo prudente (antes decíamos dos años), ya puede trabajar en una unidad de terapia intensiva pediátrica.

La guía del Ministerio lo dice, pero como no se publica y todavía está en borrador, no se hace nada. La guía anterior hablaba de dos años pero imagino que el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, tomó una decisión diferente por otras razones.

Escala Salarial a médicos vería la luz en abril

Después de deshacer los incentivos en las remuneraciones que se otorgó en el anterior gobierno, la actual Ministra de Salud Patricia García, señaló que está trabajando con los gremios de salud, para tener lista la escala salarial para el mes de abril e implementarlo progresivamente.

"El único compromiso pendiente es la escala salarial real, que la estamos reconstruyendo, tomando en consideración lo aportado por los gremios, nuestros compromiso es tenerlo listo probablemente para el mes de abril para iniciar una implementación progresiva" indicó a seis meses de su gestión en la cartera de salud.

Asimismo, en cuanto al personal de salud, la doctora García informó que el reglamento de la convocatoria para los nuevos directores de hospitales ya está listo y solo está esperando que culmine la auditoría al Instituto de Gestión de Servicios de Salud, para iniciar el proceso de evaluación, que busca consolidar la meritocracia en el Ministerio de Salud (Minsa).

Lo que busca es lograr que los recursos humanos accedan a puestos de dirección en base a sus méritos personales. **"La gestión en el Estado es clave, necesitamos buenos gestores en los hospitales, los nuevos directores ingresarán por concurso. También es importante la supervisión de las autoridades del Minsa para asegurar que los servicios de salud mejoren"**, comentó la ministra.

A fines de febrero se estará lanzando el concurso para los directores, que deben ser por mérito. Pero además indicó que ante falta de personal en salud iniciará un planeamiento a mediano y a largo plazo de la formación de los recursos humanos en salud, en número, distribuciones y perfiles, tal como lo hace Canadá.

"Es decir trabajar salud con educación para saber que necesidades tenemos en número, tipo y distribución geográfica, según los problemas de salud, para definir cómo y de dónde van a formar a los profesionales de salud que van a ayudar a resolver los problemas en los próximos diez años" indicó.

Sobre cómo encontró el Ministerio a su llegada la Ministra señaló que los recursos no estaban dirigidos a las necesidades del sector. **"Los hospitales estaban desabastecidos, los profesionales de la salud estaban desmotivados ante las deudas, se planteaban obras sin planeamiento claro y que estaban paralizadas, y una desmotivación de todo el sector. Por lo que planteamos cuatros pilares a trabajar".**

Uno de ellos fue trabajar en la revalorización del personal salud. Es decir cumplir con los compromisos, uno de ellos fue el pago de bonos, de metas, y también de otros que estaban pendientes. Asimismo, planteó acabar con los incentivos al personal de salud. **"Fueron incentivos perversos por los cuales, lo que teníamos de prevención y de atención primaria, ya no recibía bonos. Qué hacia el personal buscaba transferencias a los establecimientos de más alto nivel porque ahí podían ganar más, desabasteciendo al primer nivel".** Señalo la Ministra García.

Residentado equivaldrá al grado de maestría

El Residentado Médico, una modalidad académica de capacitación de postgrado, mediante la cual los profesionales de medicina humana adquieren una segunda especialidad, servirá como equivalente a los grados de maestro para efectos de la docencia universitaria, de acuerdo a un dispositivo de la Superintendencia de Educación universitaria (Sunedu).

Como se sabe, antes no se contabilizaban los estudios de Residentado Médico para hacer docencia, había que hacer una maestría para ejercer la docencia, estudiar unos dos o más años. En cambio, ahora se podrá ejercer la docencia universitaria a nivel de pregrado y maestrías, en las distintas universidades a nivel nacional.

La noticia fue bien recibida por la sociedad médica en general. **"Se trata de una buena noticia, porque reconoce los estudios de segunda especialidad, de tres a cinco años, el entrenamiento presencial e intensivo en servicios de los profesionales de medicina humana"**, puntualizó el Dr. Alan Figueroa, presidente de la Asociación Nacional de Médicos Residentes del Perú.

Esta nueva modificación está en la normativa del artículo 82 de la ley universitaria, y se aplicará **"para el caso específico de los requisitos para el ejercicio de la docencia universitaria en pregrado y maestría para el programa de Medicina Humana, en el sentido que, los títulos de segunda especialidad profesional en Medicina Humana obtenidos a través del Residentado Médico, resultarán equivalentes para dichos efectos a un grado de maestro. Esto podrá ser aplicable únicamente por universidades que cuenten con el programa de Medicina Humana debidamente autorizado".**

El Colegio Médico del Perú también saludó la medida, tras considerar que el objetivo fundamental del Residentado Médico es la formación de un profesional especializado de alto nivel académico y técnico, con profundos conceptos humanísticos, éticos y morales, donde también se estimula la investigación, que contribuye a la solución de problemas de salud prevalentes en el país.

INSN REALIZA POR PRIMERA VEZ PROCEDIMIENTO DE PLASMAFÉRESIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

Tratamiento permitirá dar tratamiento a pacientes que sufren diversas patologías.

Ahora los pacientes con diversos trastornos del sistema inmune podrán recibir un nuevo tratamiento con mayor efectividad para su recuperación. Gracias al esfuerzo de los profesionales médicos y cirujanos del Instituto Nacional de Salud del Niño, quienes por primera vez hicieron posible la aplicación de un nuevo procedimiento denominado plasmaféresis (recambio plasmático terapútico) en cinco niños que ya habían recibido inmunosupresores de segunda y tercera línea.

El tratamiento médico permite tratar diversas patologías: como Síndrome de Guillain Barré severo, enfermedades desmielinizantes y autoinmunes, como encefalitis post infecciosas, encefalitis autoinmune, neuromielitis óptica, entre otras. El procedimiento consiste en extraer el plasma para eliminar anticuerpos dañinos producidos por el propio organismo.

Antes los pacientes debían ser referidos a otros nosocomios para realizar este procedimiento, ahora gracias a este primer paso muy pronto el INSN podrá incluirlo dentro de sus servicios que ofrece a los pacientes pediátricos.

El recambio plasmático se realiza en cinco sesiones interdiarias de hasta una hora y media.

El logro médico fue posible gracias al apoyo de la Dirección General del INSN, Jefatura del Departamento de Medicina, Jefaturas de los servicios de Neuropediatría, Hemoterapia y Banco de Sangre, Anestesiología, Cirujanos Pediatras, Hospital de Día, Hemodinámica, tecnólogos médicos, el apoyo profesional del Hospital Dos de Mayo y la cobertura del Seguro Integral de Salud.

"El trabajo en equipo y la visión de futuro permitió el logro del objetivo, que deberá continuar mejorando cada día por el bien de los pacientes de la institución", afirmó la Dra. Inés Caro Kahn, jefe del servicio de Neuropediatria.

CIRUJANO BUSCARÁ BATIR RECORD GUINNESS

El Dr. Walter Zegarra buscará romper el Récord Mundial Guinness de la mayor cantidad de operaciones de labio leporino realizadas por una misma persona.

Natural de Trujillo, el Dr. Zegarra y su equipo de colaboradores se encuentran en pleno trabajo de recopilación de documentos que acrediten la cifra de intervenciones quirúrgicas en las que ha participado a lo largo de su trayectoria médica. Esta cifra se calcula en 10 mil operaciones.

La idea es presentar todo este legajo a la sede central de la organización Guinness en Londres a fin de que sea debidamente evaluada y luego reconocida como un nuevo récord. Sería la primera vez que un médico peruano postule a tal categoría.

El Dr. Zegarra, destacado cirujano plástico, ostenta una vasta trayectoria profesional con estudios de especialización y actualización en el extranjero. Es director de la Clínica Zegarra de Trujillo y miembro activo de diversas instituciones vinculadas al ámbito de la medicina. Realiza, además, una silenciosa labor al operar a niños con labio leporino, de manera gratuita.

Club Bench

de experiencias exitosas®

LIMA 2017

El encuentro que convoca a los mejores Hospitales y Clínicas
de América Latina para socializar prácticas exitosas del sector salud

Buenas prácticas para la seguridad del paciente

Expositores de los mejores hospitales y clínicas del continente

Hospital Universitario Austral, Buenos Aires
Clínica Internacional, Lima
Christus Health, Texas
Clínica Ricardo Palma, Lima
Compañia Noble de Seguros, Buenos Aires

23 de marzo de 2017
8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Auditorio Principal Centro de Convenciones del Colegio Médico del Perú
Av. 28 de julio N° 776 Miraflores - Lima
INGRESO LIBRE

Información
http://clubbench.blogspot.com.co/

Inscripciones
www.fundacionguayacanes.org/eventos/

Organiza

GESTORNET

INTEGRALES

FUNDACIÓN GUAYACANES

ZICA: Investigan efecto de 725 fármacos

Grupo de investigadores busca nuevas armas para combatir la infección provocada por el virus del Zika.

Un grupo de científicos de Brasil y de Francia puso a prueba la eficacia de 725 medicamentos autorizados para su uso humano en diversas prescripciones y seleccionaron los cinco más prometedores de las cuales destacó el antiemético palonosetron.

El fin de la investigación es que partir de los resultados, se puedan utilizar herramientas de la química medicinal para modificar la estructura de estos compuestos y lograr una acción antiviral más potente aún de las que las medicinas ya poseen, destacó afirmó Lucio Freitas Junior, del Instituto Butantan (São Paulo, Brasil).

Las moléculas recientemente descubiertas podrán testearse pronto en modelos animales o incluso en ensayos clínicos de eficacia contra el virus del Zika, ya que son fármacos aprobados para su uso en humanos. **"Es una forma de acortar el tiempo y disminuir el costo de la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos",** señaló Freitas Junior quien emplea esta estrategia, conocida con el nombre de reposicionamiento de fármacos, desde hace algunos años en busca de tratamientos para enfermedades tropicales olvidadas.

"Se logró seleccionar los fármacos con las características más adecuadas en términos de distribución y metabolización en el organismo. Entre

los motivos por los cuales se consideró que el palonosetron es el compuesto más prometedor se encuentra su alta biodisponibilidad y su capacidad para atravesar la barrera hematoencefálica [la estructura que protege al sistema nervioso central contra sustancias potencialmente tóxicas presentes en la sangre], lo cual es sumamente importante en el caso del Zika, un virus con fuerte atracción por el tejido nervoso", destacó Freitas Junior.

El grupo empleó una tecnología conocida como High Content Screening (HCS, o Cribado de Alto Contenidos) para testear cuáles de los 725 medicamentos aprobados por la Food and Drud Administration) FDA, son más eficaces para detener la infección de células humanas por el virus del Zika. En las pruebas se utilizó un linaje viral aislado en Recife (en el estado brasileño de Pernambuco), durante la epidemia de 2015.

Como modelo se emplearon cultivos de hepatocitos (células del hígado) humanos, similares a los que se utilizan en los estudios que apuntan a hallar nuevas drogas contra la hepatitis C, una enfermedad causada por un virus perteneciente al mismo género del Zika, el de los flavivirus.

Se comparó entonces el potencial antiviral de los fármacos con el del interferón α 2A (IFNα2A), una proteína humana producida por células del sistema inmunológico que tiene una

De acuerdo con el investigador, fueron en total 29 medicamentos los que mostraron alguna actividad contra el virus del Zika. Pero el grupo priorizó aquéllos con mayor potencial para su uso en el tratamiento de la infección según los criterios de la industria farmacéutica.

Entre los seleccionados se encuentran la lovastatina, que se utiliza en el tratamiento de la hipercolesterolemia; el quimioterapéutico 5-Fluorouracilo, aplicado contra diversos tipos de cáncer; el 6-Azauridine, un antimetabolito capaz de inhibir la replicación del ARN viral; la kitasamicina, un antibiótico de la clase de los macrólidos con amplio espectro de actividad antibacteriana, y el palonosetron, un antagonista de los receptores de serotonina utilizado en el tratamiento de las náuseas inducidas por la quimioterapia.

Según Freitas Junior, el palonosetron también ha sido utilizado contra las náuseas asociadas al embarazo. Con todo, no existen aún estudios conclusivos que confirmen que su prescripción resulta segura durante la gestación. Según el investigador, el grupo ya se encuentra trabajando con colaboradores de Brasil y del exterior para crear variantes de las moléculas seleccionadas.

'VOTUBIA' DE LABORATORIOS NOVARTIS ES APROBADA EN EUROPA

Votubia del laboratorio Novartis es el primer tratamiento adyuvante aprobado en la UE específicamente para crisis epilépticas de inicio parcial refractarias en niños y adultos con complejo de esclerosis tuberosa (CET).

El nuevo fármaco de Novartis en comprimidos dispersables es un tratamiento adyuvante para pacientes mayores de dos años con crisis epilépticas de inicio parcial refractarias con o sin generalización secundaria, asociada al complejo de esclerosis tuberosa (CET).

Las cifras indican que el complejo de esclerosis tuberosa es un trastorno genético raro que afecta a cerca de un millón de personas en todo el mundo y alrededor del 85% de los pacientes con CET sufren epilepsia y crisis epilépticas incontroladas asociadas al CET que pueden resultar debilitantes para los pacientes.

CÓMO ACTÚA

Votubia actúa inhibiendo la diana de rapamicina en células de mamífero (mTOR), una proteína que regula múltiples funciones celulares. El CET se debe a mutaciones en los genes TSC1 o TSC2, que provocan una señalización hiperactiva de la vía de mTOR que puede provocar un aumento del crecimiento o proliferación celular, hiperexcitabilidad neuronal, anomalías en la arquitectura cortical y la función de red y disfunción en la plasticidad sináptica. Las investigaciones preclínicas sugieren que la hiperactividad de mTOR puede afectar a varios mecanismos de epileptogénesis, el proceso gradual por el que el cerebro desarrolla epilepsia en el CET.

"Se trata de un grato avance y un hito importante en nuestro compromiso permanente de mejorar el cuidado de la comunidad de estos pacientes", indicó anunció Bruno Strigini, CEO de Novartis Oncology.

Se desacelera la salida de nuevos fármacos

No se alarme. El repunte de las aprobaciones de nuevos medicamentos que se experimentó en el 2014 y 2015, y que alcanzó los niveles más altos de los últimos 19 años, parece ser que se está normalizando, puesto que los dos principales entes reguladores han dado vistos buenos a un número más bajo de medicamentos en el 2016, alcanzando niveles de hace seis años.

En el caso de la Food and Drug Administration (FDA), aprobó comercializar 22 nuevos medicamentos innovadores, número que no llega a ser ni la mitad de lo que autorizó un año anterior en la que llegó a 45 aprobaciones. Esta cifra del 2016, es la más baja de los últimos seis años.

Por su parte, al otro lado del continente, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) recomendó la prescripción de 81 nuevos productos, frente a los 93 de 2015, en esta también se incluye medicamentos genéricos.

La caída de las aprobaciones se debería a varios factores, como el hecho de que cinco nuevos fármacos que pensaban aprobarse en 2016 se adelantaron y vieron la luz a finales del año anterior, según explicó el director de la oficina de nuevos fármacos de la FDA, John Jenkins.

Pero además, hubo una disminución en las solicitudes de autorización y la FDA rechazó o retrasó más peticiones que en años anteriores. Dentro de estos retrasos que todavía podrían ver la luz están el fármaco para la esclerosis múltiple de Roche 'Ocrevus' o el sarilumabm desarrollado por Sanofi y Regeneron para tratar la artritis reumatoide.

No obstante, la mayoría de los analistas de la industria se mantienen optimistas sobre la llegada de nuevos medicamentos, dados los recientes avances en la lucha contra el cáncer y una mejor comprensión de la base genética de otras enfermedades.

Por otro lado, sigue siendo difícil obtener nuevos medicamentos y luego asegurarse un retorno financiero tras su aprobación, dada la resistencia de las aseguradoras y los gobiernos al aumento del gasto sanitario, pues los retornos de la inversión en I+D de las 12 principales compañías farmacéuticas cayeron sólo un 3,7% en 2016, frente al máximo del 10,1% registrado en 2010, según la consultora Deloitte.

El aumento de la presión política por los elevados precios de muchos medicamentos innovadores supone un desafío creciente en un momento en que las empresas biotecnológicas y farmacéuticas están desarrollando más fármacos dirigidos a grupos más concretos de pacientes.

Por ejemplo, el fármaco desarrollado por Biogen e Ionis 'Spinraza' para tratar la atrofia muscular espinal, una enfermedad considerada genética rara, tiene un precio elevado que asciende a unos 125.000 dólares (ciento veinticinco mil dólares) por dosis. Esto significa que el primer año de tratamiento (5 o 6 dosis) costará entre $625,000 y $750,000; y los años siguientes $375,000 para cubrir tres dosis anuales. Los pacientes con «atrofia muscular espinal» precisarán tratamiento con Spinraza® durante el resto de su vida.

INVESTIGACIÓN MÉDICA

JONATHAN ESKENAZI DIRECTOR INSTITUTO NEUROLÓGICO ESQUENAZI DE LA CLÍNICA RP

"La terapia genética es lo que se viene en el tratamiento de párkinson"

Pocos saben que esta patología es multisistémica y que empieza fuera del sistema nervioso central 30 años antes de presentarse los síntomas motores pero el desafío es diagnosticarlas en esa etapa. **Una esperanza es la terapia genética.**

¿Se han identificado biomarcadores para tratar a los pacientes en la fase de la enfermedad que no presenta síntomas motores?

Sí, se han encontrado y ese es uno de los puntos fundamentales. Parkinson no es exclusivamente una enfermedad motora, es una enfermedad multisistémica, abarca diferentes sistemas. Es más, sabemos que empieza fuera del sistema nervioso central y sabemos que treinta años antes el plexo mientérico, que son nervios autonómicos en el sistema intestinal, sistema del olfato, está afectado en pacientes con párkinson, después vienen también los problemas cognitivos, ansiedad, memoria, y después se presentan los síntomas motores. Hoy en día tenemos biomarcadores para detectar esto, tenemos muchos estudios, sobre todo en el corazón porque los receptores del corazón tienen receptores del sistema autonómico. Entonces hacemos spect, imágenes del corazón, donde podemos identificar pacientes en riesgo de desarrollar la parte motora de la enfermedad del párkinson sobre todo el olfato. El gran problema con esto es que no se puede hacer un screening en la población de quiénes tienen problemas del olfato porque no sabemos al 100% quienes van a tener problemas motores. Pero esto nos ha ayudado a conocer la genética.

¿Es allí, a la genética, donde apuntan las investigaciones?

Sí, se viene lo que es la terapia genética en los próximos diez años en párkinson. Ya conocemos el gen que codifica la alfa-sinucleína, que es la proteína que se deposita en las células, que hace que las neuronas mueran no solo de la sustancia negra donde está la dopamina, sino se deposita en todas las células del cerebro, por eso es que hay problemas con diferentes neurotransmisores como la adrenalina, serotonina, glutamato, etc.

¿Cuán avanzada está la terapia genética, ya está en uso?

Todavía no, todo esto está en fase de estudio. Fase preclínica. Todavía no lo tenemos en fase clínica, va demorar unos años pero es lo que se viene. La idea es buscar pronosticar al paciente y tratar antes de los síntomas motores ya que cuando diagnosticamos al paciente se dice que ya han muerto más o menos 50% de las neuronas en la sustancia negra, ya es un poco tarde, la idea es atacarlo desde el comienzo.

"La idea para investigación y donde habrá terapia para el Párkinson, es diagnosticar al paciente antes que empiecen los síntomas motores, ese es el desafío que tenemos hoy en día. Hay fármacos en la fase preclínica para esto"

¿Cuántos biomarcadores se han identificado?

Hay diferentes biomarcadores, hay marcadores cerebrales con pets can, hay cardiacos, hay biopsias intestinales, el olfato, pero no todos desarrollan Parkinson pero es un indicador, hay marcadores en el líquido cefalorraquídeo, buscamos unos neurofilamentos en el líquido cefalorraquídeo, que es la punción lumbar, y todo esto junto, nos da una idea de quién puede desarrollar párkinson. Pero todo está en investigación hoy en día.

Para hacer un diagnóstico eficaz en esta etapa ¿cómo se elije que análisis hacer?

Todavía no tenemos un biomarcador clínicamente significativo, por eso hoy en día no podemos diagnosticar párkinson antes de la enfermedad motora, pero la idea para investigación y donde habrá terapia para el párkinson, es diagnosticar al paciente antes que empiecen los síntomas motores, ese es el desafío que tenemos hoy en día. Hay fármacos en la fase preclínica para esto.

¿Es el futuro del tratamiento para el párkinson?

El objetivo diagnosticar a los pacientes antes de la parte motora y poder tratarlo de antes.

¿Identificar a los pacientes en el sistema de salud?

Exacto. Lo que le decimos al paciente es que cualquier síntoma es una manifestación de algo. No hay un dolor de cabeza que sea normal. No hay un estreñimiento normal, eso ya indica algo. Puede ser párkinson u otra cosa. Entonces juntas, problemas del sueño, sueños vividos, con depresión, estreñimiento, pérdida del olfato, hay una probabilidad muy grande que esa persona desarrolle algún tipo de parkinsonismo.

¿La identificación de este gen qué podría generar posteriormente, el control o la reversión de la enfermedad?

El rol de la terapia genérica va ser prevenir desarrollar la enfermedad de párkinson como la conocemos hoy, sería prevenir los síntomas motores. Porque haría la prevención de la generación de estas neuronas y estas células, ese sería el futuro.

¿No sería solo una solución a los síntomas?

No, no sería un tratamiento a los síntomas, sino sería un tratamiento genético, donde pacientes detendrían o modificarían el curso de la enfermedad, la idea es prevenir que las neuronas sigan muriendo y eso es lo que pasa en la enfermedad neurodegenerativa. Estos síntomas se presentan hasta 30 años antes de la enfermedad motora, en los años 30 o 40 años de vida de las personas y los pacientes empiezan presentar síntomas motoras a los sesenta y setenta.

¿Qué soluciones hay para el grueso de pacientes que están en una condición grave del párkinson?

La cirugía es una opción de tratamiento para quienes tienen fluctuaciones motoras. Pacientes que pueden tener picos de medicación y tienen ya movimientos anormales que se llaman disquinesias, o cuando la medicación no dura lo que debería durar y tienen estos picos off, donde tienen enlentecimiento y rigidez. Estos pacientes pueden ser candidatos para cirugía pero hay que evaluar de manera integral, se tiene que evaluar de manera neurocognitiva.

¿La cirugía es una estimulación cerebral profunda?

La cirugía es una estimulación de corriente y núcleos de la base. Estimulación profunda es lo que llamamos núcleos de la base. Hay diferentes núcleos que podemos estimular depende de los síntomas del paciente. Hay pacientes que tienen predominio de rigidez. Depende cuáles son los síntomas que más afectan al paciente, es donde decidimos donde hacer la cirugía.

¿Es una de las operaciones que se hacen nuestro país hace cuánto?

Desde hace muy poco. La cirugía es un proceso no complicado, se hace una craneotomía, que es un hueco simple en el cerebro y por estereotaxia, que es una medición de la latitud exacta. Se pone solamente el estimulador, todo el manejo tiene entre cuatro y ocho estimuladores. Toda la programación es lo que se hace después de eso. Se programa no solo la corriente, sino el voltaje, impedancia, frecuencia y depende viendo los efectos adversos se ve exacto que núcleo estimular. Eso disminuye la necesidad de medicamentos, picos off y por eso es beneficioso.

¿Cuántos pacientes con párkinson se atienden en la clínica?

Tenemos alrededor de 500 pacientes con enfermedad de Parkinson. La evaluación que hacemos es integral, no solamente lo trata un neurólogo, sino en el tratamiento inicial también lo ve un nutrición, terapista físico y otro profesional que ve la parte cognitiva. Todo esto lo pueden ver en nuestra página web: www.neurologiaeskenazi.com.

TECNOLOGÍA MÉDICA

LA ELECTROFISIOLOGÍA ALCANZA SU MÁXIMA CAPACIDAD RESOLUTIVA

Clínica Delgado cuenta con moderno sistema CARTO 3

El CARTO 3, es el único Sistema de Navegación Electroanatómico, que cuenta con máxima capacidad de resolución, para el estudio y tratamiento de las arritmias más complejas

En la actualidad el manejo de las arritmias cardiacas ofrece la posibilidad de curación definitiva de los pacientes y el abandono de fármacos antiarrítmicos.

El uso de los últimos avances tecnológicos ha permitido a la electrofisiología alcanzar su máxima capacidad resolutiva. Gracias a estos avances y la interacción con diferentes subespecialidades ahora la Clínica Delgado, perteneciente al Grupo Auna, tiene la posibilidad de curar a los pacientes en los cuales la ablación convencional con radiofrecuencia es poco efectiva o implica gran riesgo.

Desde el 2016, Clínica Delgado cuenta con el CARTO 3, Único Sistema de Navegación Electroanatómico, que cuenta con máxima capacidad de resolución, para el estudio y tratamiento de las arritmias más complejas.

Comprende un importante avance en el estudio electrofisiológico y ablación de arritmias supraventriculares, fibrilación auricular, extrasístoles y taquicardia ventricular.

Para el Dr. Rafael Doig, Director Médico de la Clínica Delgado este equipo es un gran avance para la medicina peruana: **"Contamos con el único equipo a nivel nacional para realizar el Tilt Test Espectral, que permite graficar los tonos simpático y vagal, latido a latido, además de valorar la presión arterial mediante pletismografía".**

"Además, se cuenta con todo lo necesario para realizar implantes de marcapasos, desfibriladores y resincronizadores". Señala el Director Médico.

SISTEMA CARTO® 3

El sistema CARTO® 3 es una tecnología avanzada de imágenes que utiliza tecnología electromagnética para crear mapas 3D en tiempo real de las estructuras cardiacas del paciente. El sistema está concebido para ayudar a los electrofisiólogos a navegar por el corazón al general un mapa preciso 3D, así como a identificar la orientación y colocación exacta de los catéteres en el corazón durante los procedimientos de ablación con catéter para los pacientes que sufren problemas de ritmo cardiaco (arritmias cardiacas). Durante la ablación con catéter, los médicos insertan un catéter terapéutico a través de una pequeña incisión en la ingle donde es entonces unido al corazón mediante un vaso sanguíneo.

Una vez llega a la cavidad superior izquierda del corazón (atrio), la energía de radiofrecuencia se envía a la pared del corazón para crear lesiones que bloqueen los impulsos eléctricos defectuosos que pueden provocar problemas del ritmo cardiaco.

> "CONTAMOS CON EL ÚNICO EQUIPO A NIVEL NACIONAL PARA REALIZAR EL TILT TEST ESPECTRAL, QUE PERMITE GRAFICAR LOS TONOS SIMPÁTICO Y VAGAL, LATIDO A LATIDO, ADEMÁS DE VALORAR LA PRESIÓN ARTERIAL MEDIANTE PLETISMOGRAFÍA"

CHANGE PAIN® su web incluye nuevas áreas terapéuticas

Desde su lanzamiento en 2010, www.changepain.org se ha convertido en uno de los portales online más completos sobre dolor para profesionales sanitarios. La web incluye un área con información científica y herramientas para el abordaje del dolor agudo postoperatorio, un problema importante que afecta a un gran número de pacientes de toda Europa.

El abordaje del dolor agudo postoperatorio se ha convertido, según los expertos, en un desafío asistencial, pero, sobre todo, de gestión en el medio hospitalario. Esto ha animado a los responsables de la campaña internacional CHANGE PAIN a incluir en su web un área con información científica y herramientas para el abordaje del dolor agudo postoperatorio.

Asimismo, los últimos avances en el ámbito del conocimiento y abordaje del dolor crónico intenso, han propiciado una actualización pormenorizada de la información disponible en la web www.changepain.org.

La web presenta un diseño renovado teniendo muy presente su objetivo: proporcionar servicios y soluciones independientes para apoyar tanto a médicos como a enfermeras en su trabajo diario en el abordaje del dolor crónico intenso y el dolor agudo postoperatorio. Estas herramientas se unen a las ya ofrecidas por la conocida campaña, como su curso de formación online Pain Education, en el que se han registrado más de 19.0000 médicos y más de 8.200 enfermeras.

ACERCA DE CHANGE PAIN

La iniciativa de laboratorios Grünenthal, CHANGE PAIN® tiene como objetivo entender las necesidades de los pacientes que sufren dolor y desarrollar soluciones para mejorar el tratamiento del dolor. Puesto que la iniciativa se lanzó en 12 países europeos en 2009, CHANGE PAIN® cuenta ya con antecedentes de éxito en el área del tratamiento del dolor crónico. Se ha desarrollado un gran número de herramientas para facilitar la práctica médica diaria y más de 65 000 profesionales sanitarios han participado en las actividades educativas de CHANGE PAIN®, completando los módulos de aprendizaje a través de la web o asistiendo a los talleres realizados en toda Europa.

La forma en la que los profesionales sanitarios y los pacientes se comunican entre sí es muy importante, ya que el conocimiento del nivel y el impacto del dolor constituyen la base para acordar un plan de tratamiento adecuado. CHANGE PAIN® desarrolla herramientas para facilitar la comunicación entre los pacientes y los profesionales sanitarios que pueden encontrarse en esta página web.

Diario Médico
www.diariomedio.pe

EDITOR EJECUTIVO
ALEJANDRO CHANG
EDITOR PERIODÍSTICO
DANNY ANTARA
director@diariomedico.pe / editor@diariomedico.pe

REDACCIÓN: Patricia Chumo, Ingrid Vásquez, prensa@diariomedico.pe
FOTOGRAFÍA PERIODÍSTICA: News Report
DIAGRAMACIÓN/ RETOQUE: Jano Chang / Aldo Méndez
EDICIÓN VIDEO HD-TV: Durán Córdova Zacarías, Javier Ramírez
EDITOR WEB: Héctor Cubillas

ÁREA COMERCIAL: Giovana Landaeta - 993301800, glandaeta@enfoqueeconomico.tv
SUSCRIPCIÓN: Flor Córdova Zacarías
CONTABILIDAD: Mario León Vargas

GERENTE GENERAL: ALEJANDRO CHANG FARFÁN
director@diariomedico.pe

PUBLICIDAD: MARIELA LIRA
mlira@diariomedico.pe
Teléfono: 997370853

IMPRESO EN:
EDICIONES E IMPRESIONES NOCEDA

DIARIO MÉDICO PERÚ es editado por el **Grupo Enfoque Económico SRL**. Prohibida la reproducción total o parcial de contenidos de esta revista sin mencionar la fuente. **DIARIO MÉDICO** se rige bajo los alcances de la Ley 26842, Ley General de Salud, publicada el 9 de julio de 1997 y en el marco del Capítulo III en los artículos 71. Adicionalmente, al amparo de la Ley 29459, de Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, aprobada y publicada el 26 de noviembre del año 2009 y al amparo del Capítulo X y de los artículos 39 al 42, de la promoción y publicidad. **DIARIO MÉDICO** es una publicación quincenal impresa, especializada y dirigida exclusivamente a los profesionales de la industria farmacéutica, sanitaria y médica que prescriben y dispensan medicamentos de uso ético y general.

enfoque económico
OFICINA DE REDACCIÓN:
Ataulfo Argenta195, Urb. Las Magnolias - San Borja / Lima
TEL. 51.1. 998589697 / 51.1.2264223 / 51.1.2255526
prensa@diariomedico.pe
wwww.diariomedico.pe

OPINIÓN: POR: DRA. MARITZA REÁTEGUI VALDIVIEZO*
JEFA DEL ÁREA DE LIFE SCIENCES DEL ESTUDIO MUÑIZ.

¿Papelito ya no manda? fiscalización y menos papeleo en salud.

Recientemente han salido normas de simplificación administrativa que eliminan la copia del DNI - Documento Nacional de Identidad y la ficha RUC - Registro Único de Contribuyente, entre otros, pero es recién la punta del iceberg, falta mucho por hacer. Tenemos devoción al papeleo y a la burocracia.

Si trasladamos esta burocracia al tema de salud, en estricto a la Digemid, órgano encargado del otorgamiento de los registros sanitarios de los productos farmacéuticos y similares, así como el otorgamiento de las autorizaciones a las empresas importadoras y distribuidoras de estos productos, la situación puede tornarse hilarante.

Existe un apego al papeleo y menos a la fiscalización. La solución no es pedir más y más documentación y hacer los requisitos más robustos, sino salir a fiscalizar para verificar si lo declarado es lo que se está comercializando. Más aún cuando hablamos de temas tan sensibles como son los medicamentos.

A continuación, sólo algunos casos donde podría implementarse las medidas de simplificación administrativa que permitiría que más peruanos cuenten con medicamentos de última generación y que no sean detenidos años en la Digemid.

Registro Sanitario "fast".- Muchos de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos ya se encuentran registrados en países de alta vigilancia como la FDA o la EMA y sin embargo, en el Perú para otorgarles el registro sanitario no solo pasan por un proceso largo sino también complejo porque se exige más documentación u otras informaciones que no son exigidas en esos países. Nuevamente la devoción al papeleo del funcionario público.

Solución: implementar un procedimiento de registro sanitario rápido con menos papeleo para productos que ya han acreditado seguridad y eficacia en los países de alta vigilancia sanitaria.

Renovación automática.- La renovación de los Registros Sanitarios debería ser de manera automática y no pasar por el suplicio cada 5 años de presentar toda la documentación como si recién se estuviera solicitando el registro sanitario.

Solución: Renovación automática para los registros sanitarios que no han tenido modificación y/o el expediente ya se encuentra actualizado antes de la renovación.

Certificaciones y Autorizaciones una sobre otra para el mismo almacén.- ¿Sabía que un mismo espacio físico de un almacén puede recibir la visita de Digemid como mínimo unas cuatro (04) veces con la misma Acta de Verificación? Es decir, como si fuera una pesadilla reiterativa que no tiene fin, la Digemid verifica el mismo espacio del almacén en cuatro oportunidades diferentes porque está obligado por su Reglamento. Se lo explicamos:

La empresa "A" contrata los servicios de la empresa "B" para que le brinde los servicios de almacenamiento. La empresa "B" ya cuenta con todas las autorizaciones sanitarias y certificaciones de buenas prácticas otorgadas por la Digemid.

La empresa "A" va a importar productos que requieren almacenarse en cámaras de refrigeración por lo que la empresa "B" que da los servicios de almacenamiento solicita ante la Digemid y obtiene el permiso de ampliación para cámaras de refrigeración.

Hasta este momento todo es coherente, pero es aquí donde empieza la pesadilla sin fin. La empresa "B" adicionalmente al procedimiento de ampliación de almacén autorizado por la Digemid, tiene que solicitar ahora el procedimiento de certificación para el mismo espacio del almacén donde se va a revisar nuevamente la misma instalación y los mismos documentos.

Pero, ahí no termina todo, la empresa "A" tendrá que hacer los dos (02) procedimientos de la empresa "B" ante la Digemid para que los funcionarios vuelvan a revisar la misma infraestructura y los mismos documentos. ¿De locos verdad?

Solución: El procedimiento de ampliación de almacén y de certificación de buenas prácticas debería ser uno solo. No se debería pedir todos los procedimientos a todas las empresas, bastaría con que se pida a una de ellas.

Creación de una droguería.- Este es el peor de los suplicios para una empresa que desea ingresar al país y constituir su empresa y conseguir la autorización sanitaria y los registros sanitarios en el Perú.

La autorización sanitaria para una droguería demora aproximadamente 3 meses y recién en ese momento se encuentra habilitada para solicitar los registros sanitarios de medicamentos que tienen un plazo legal de evaluación de 12 meses. Es decir, una empresa no podrá comercializar los productos, en el mejor de los casos, hasta dentro de 15 meses de iniciado los procedimientos ante la Digemid.

Mientras tanto la empresa durante esos meses de procedimientos ante la Digemid, deberá pagar un almacén que no usa, honorarios a un químico farmacéutico solo para cumplir con el requisito de Director Técnico, una oficina que no usa, un contador para que haga las declaraciones a las que está obligado porque ya tiene la ficha RUC que exige la Digemid, aun cuando no tenga ventas, etc.

Solución: Permitir la presentación de los registros sanitarios sin necesidad de que previamente se constituya las droguerías.

Y así podemos seguir con las recomendaciones para la simplificación administrativa en los procedimientos ante la Digemid. No es un tema de recursos humanos sino de modificación de las normas que atan a los funcionarios a seguir procedimientos engorrosos e irracionales

"ES URGENTE E IMPOSTERGABLE REALIZAR LA SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA Y ELIMINAR LAS BARRERAS BUROCRÁTICAS DE LOS PROCEDIMIENTOS ANTE LA DIGEMID."

* Jefa del Área de Life Sciences y socia senior del Área de Propiedad Intelectual del Estudio Muñiz.

Medicina Paliativa: Enfermedad y Juicio

OPINIÓN: POR: DRA. MARIA R. BERENGUEL COOK
Past-presidente y fundadora de la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos

Las Enfermadades, su diagnostico y su pronóstico no tienen más ni menos valor según las personas, son solo eso estados de salud alterados y deben respetarse y atenderse según criterio medico y con gran respeto a la ética que caracteriza a la profesión.

Hemos sido testigos hace poco de la situación insólita acaecida ante un procesado, hablándose inclusive de Cáncer, sin tener el más mínimo conocimiento de lo que esto significa para el que lo padece o del que se sospecha podría tenerlo. Se aprecio también la actitud de un Juez que acertadamente indico evaluar al procesado, lógico para darle el trato que el momento implicaba(existencia de una enfermedad maligna) pero a todos los sometidos a juicios que padecen afecciones severas de salud se les da la misma oportunidad?

Se emiten opiniones sobre dolor y sufrimiento como si se conocieran estos en toda su expresión, es increíble lo que se puede generar por la falta de sensibilización, como si ninguno de los casos mencionados estuvieran lejos de afectarnos.

Pero que paso con la justicia? Nuevamente, margino a un gran grupo, me refiero a todos los que están cumpliendo condena y tienen enfermedad maligna avanzada, sin tener quien vele por sus últimos días, sin tener derecho ni a decir a sus hijos las últimas palabras.

He tenido la oportunidad de asistir a pacientes con cáncer y que estaban en prisión, uno falleció a los 3 meses de haber salido, tenía hijos pequeños y todo ese tiempo que no se acelero su juicio perdió la oportunidad de acercarse más a ellos.

Hay también pacientes con otras complejas enfermedades en cárceles y nadie dice de tratarlos, ellos tienen derecho a terminar sus días con su familia.

Todo esto me obliga a recordar a los lectores de la presente que las enfermedades y los Juicios son un capitulo a parte, que existen especialidades como la Medicina Paliativa que velan por la Calidad de vida y por ese digno final.

Llámese como se llame, Presidente, Congresista. Funcionario, Ejecutivo, Empleado, Campesino, etc., solo es un peruano frágil y debemos apoyarlo.

" HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ASISTIR A PACIENTES CON CÁNCER QUE ESTABAN EN PRISIÓN, UNO FALLECIÓ A LOS 3 MESES DE HABER SALIDO, TENÍA HIJOS PEQUEÑOS Y TODO ESE TIEMPO QUE NO SE ACELERÓ SU JUICIO PERDIÓ LA OPORTUNIDAD DE ACERCARSE MÁS A ELLOS."

SALUD PÚBLICA

DR. EZEQUIEL RIDRUEJO, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO

Una política global para grandes compras de medicamentos

La Sociedad Argentina para el estudio de las Enfermedades del Hígado, viene haciendo guías, recomendaciones y consenso para combatir hepatitis B y C, desde hace más de 20 años. Y por primera vez, en el 2016, las guías que hicieron para el tratamiento de la hepatitis C, llegaron a un consenso con el Ministerio de Salud de su país, para que las adoptara como guías propias. ¿Cómo lo lograron? Aquí una explicación de lo que se puede replicar en Perú con las guías que están en stand bye.

¿Cómo era antes de que el Ministerio adoptara estas guías?

Antes ellos tenían una guía nosotros teníamos otro y no eran del todo coincidentes.

¿Cómo trabajaron con el Ministerio para que las guías sean un reglamento en los hospitales?

En Argentina el sistema de salud es muy complejo porque tienes múltiples jugadores en la toma de decisiones, muchas veces el último referente es el Ministerio de Salud. Si a los pagadores lo que el Ministerio de Salud les dice, les conviene, lo aceptan sino buscan otra opción.

¿Cómo partieron?

Nosotros desde hace cinco años, formamos en la sociedad, una sub comisión de expertos en hepatitis virales. Allí empezamos rápidamente a tratar de producir información que llegara rápidamente a los socios. Después se formó una comisión asesora dentro del Ministerio. El Ministerio, la parte de hepatitis la tiene asociada al VIH, cosa que no estamos de acuerdo pero bueno, por el momento es así. Entonces hay una comisión asesora de la sociedad de hepatología en el Ministerio de Salud para consensuar todo lo que tenga que ver con el manejo de las hepatitis virales. Ellos supuestamente escuchan lo que nosotros le decimos y supuestamente aceptan lo que nosotros decimos, aunque no siempre es así. A veces le decimos una cosa, en la reunión y la discusión se toma un acuerdo y después finalmente el Ministerio toma otra conducta. Nada es perfecto.

¿Es una enfermedad que en Argentina se reporta obligatoriamente?

En teoría sí, pero eso no se cumple.

¿Tienen ya cifras epidemiológicas por segmentos?

Las cifras son muy estimativas, no hay estudios epidemiológicos hechos y diseñados para responder una pregunta puntual de la prevalencia o distribución. Todo es datos tomados de pequeños reportes, pequeños estudios, así que todo lo que es epidemiológico del país, salvo lo que pueda ser genotipos- eso sí es un dato duro porque ya están hechos los estudios- el resto de lo que pueda ser prevalencia, factores de riesgo y demás. Es más una estimación que una realidad.

¿Su guía recomienda primero eso?, ¿tener un reporte real de la situación de la hepatitis en el país?

Nosotros tenemos un consenso escrito hace tres años que abarca mucho más, que todavía no está actualizado porque allí se hacen las recomendaciones sobre que es diagnóstico temprano, una evaluación del paciente, cómo hay que hacerlo, y todo lo demás, y después vamos actualizando las cosas que cambian, como es el tratamiento. Nosotros recomendamos el diagnóstico temprano, la pesquisa de la enfermedad, no esperar la consulta sino ir a buscarla. Lo que pasas es que muchas veces el que diagnostica la enfermedad es el médico de atención primaria, ginecólogos, médicos de familia y esos médicos no leen nuestras guías. Por eso de alguna manera a través de internet, redes sociales y cursos presenciales y vía web intentamos bajar la información a los médicos clínicos para que ellos sean los que vayan a buscar el diagnóstico de la enfermedad.

¿Recién en el 2016 ha sido aceptada esta guía?

La guía se presentó a fines del 2015. Los primeros tratamientos se autorizaron en forma parcial en enero del 2016. Entre enero y febrero tenemos disponible una suficiente cantidad de drogas para empezar a hacer los tratamientos. En Argentina hay un porcentaje del 30% que está cubierto por la salud pública, el estado directamente. Un 70% que está repartido mitad y mitad en medicinas prepagas, que son seguros de salud privados y obras sociales que son seguros de salud de los trabajos. A partir de las guías y la aprobación de los medicamentos se empezaron a tratar muchos pacientes que estaban en lista de espera, esperando estos nuevos medicamentos, con restricciones porque hay ciertos permisos autorizados de, a quién se puede hoy y quién debe esperar, pero esperemos que en el futuro cercano lo vayamos a cambiar para ser más inclusivos con respecto a qué pacientes tratar.

¿Hay un resultado de este impacto, una cifra que se ha podido medir desde que se inició las acciones?

Que yo sepa no, el número estimativo de pacientes tratados anualmente en la época del interferon era entre 500 y mil como mucho y hoy se estima que con estas nuevas terapias de lo que va del año, estimamos que el número potencial pueda llegar a cinco o seis mil. O sea vamos a quintuplicar el número de pacientes tratados.

Viendo la realidad de nuestro país en Perú, que estamos iniciando a reconocer esta enfermedad a nivel nacional ¿cómo recomienda, según su experiencia, que deberíamos hacer el proceso?

Me parece que el abordaje de esta enfermedad tiene varias etapas, uno es el reconocimiento de la enfermedad y el diagnóstico, con el anticuerpo. Punto siguiente es el acceso a la estadificación de la enfermedad. Poder hacer los estudios, carga viral, genotipos y la estadificación de la fibrosis, ya sea con un fibro scan o un fibro test que es con un análisis de sangre, o eventualmente con una biopsia que es lo tradicional. Una vez que uno tiene eso poder acceder a la medicación. Son tres etapas que hay que ir cumpliendo y que eso es lo que va ser que los pacientes se curen.

¿La barrera política es principal impedimento de que estas guías se implementen en los países?

El cuello de botella de esta enfermedad es el costo de los medicamentos, y cuando se habla del costo de es de la medicación, no se habla de curar, del impacto en la salud pública, son medicamentos costosos y se mide eso. Al día de hoy no se mide qué va pasar al futuro y allí sí tenemos datos estudiados en la región y en Argentina en particular, en la que uno sabe que si multiplica por 10 el número de pacientes tratados en los próximos cinco años, en quince años vamos a ver una ostensible reducción de la tasa de muerte por la enfermedad y trasplantes, o cáncer.

Pero eso de acá a 15 o 20 años y no se va a ver hoy el resultado por eso es muy difícil a nivel político poder resolver estas cosas. Por eso me parece fundamental que si uno tiene un estado que regule la salud y que pueda ser el administrador puede hacer una negociación con las compañías, poder conseguir precios bajos, poder hacer grandes compras de medicación, porque de esa forma se puede reducir los precios, porque lo que más le preocupa a los gobiernos hoy es el precio de los tratamientos. Nadie tiene dudas de que el efecto es beneficioso y los pa-

"La guía se presentó a fines del 2015. Los primeros tratamientos se autorizaron en forma parcial en enero del 2016. Entre enero y febrero tenemos disponible una suficiente cantidad de drogas para empezar a hacer los tratamientos."

cientes se curan prácticamente sin efectos adversos y que la tasa de curación supera el 95%. Pero el costo hoy, lo que hay que pagar, para un beneficio a 20 años en general, la mayoría de los políticos por lo menos en Latinoamérica, a diferencia de los ejemplos en Europa, no están dispuestos. Hay un caso muy importante en Australia donde se ha logrado poner a la vanguardia el tratamiento haciendo fuertes campañas de concientización, diagnóstico y de acceso a la medicación, en España, Francia, Suiza pasa lo mismo, se ha tratado cualquier cantidad de pacientes.

En España hubo problemas políticos alrededor de esto...

En España optaron por no tratar a nadie y eso le costó la cabeza a la Ministra de Salud y a partir de eso, se ha revolucionado la cosa, dieron vuelta, tomaron un fondo que ellos pensaban gastarlo en dos años y lo gastaron en un año. Prácticamente hoy, con lo que uno habla con los colegas españoles, en España ya no hay paciente cirrótico para tratar, ya fueron todos tratados.

¿Las realidades son distintas en todos los países pero hay una situación similar a la nuestra que tenga un impacto real con el uso de una guía para la hepatitis?

Los países que han hecho ya algo formal son Argentina y Brasil. En Brasil es mejor todavía porque allí es donde el estado y el Ministerio regulan la compra de medicamentos y los programa de medicamentos y ellos han conseguido muy buen precio para comprar un montón de medicamentos y tratar un montón de gente. En el caso de Argentina es distinto, por eso que hay mucha fragmentación y dentro de los seguros privados hay 400 seguros que compran medicamentos cada uno por su lado y no hay forma que haya una negociación colectiva por un plan o programa estratégico, como si quizá el que lo tiene Brasil. El gobierno decidió en base a recomendaciones que le hicieron expertos brasileños a quiénes tratar y se hicieron compras masivas de medicamentos hace un año y medio, que según lo que uno escucha han sido alrededor de 60 mil tratamientos y ahora se está abriendo su mercado para que entren nuevas moléculas y las vaya incorporando, allí sí se cumple a raja tabla lo que dice el ministerio. Si estás dentro de lo que dice el Ministerio recibes la medicación y si estás fuera no. Brasil es el mejor ejemplo de una política nacional, esto es referencia de lo que uno escucha de colegas, así que lo mejor puedo cometer un error en lo que te estoy diciendo.

¿Cuál es el margen del costo beneficio de un tratamiento caro como los nuevos y lo que cuesta tatar cuando la enfermedad esta avanzada?

Cuando uno compara estos estudios de costo beneficio y efectividad, no soy un experto, pero uno los lee y cualquier estudio va ver que estos tratamientos son costo eficaces y son costo beneficio. Ahora lo que muchos evalúan dentro del costo es lo que es la calidad de vida, el ausentismo laboral, la falta de producción. Los costos escondidos. Eso como se mida o se valora. Que pase de estar enferma a sana y sentirse bien, ¿eso cuánto vale en plata? Cuando uno mide esas fórmulas, si uno se fija que la calidad de vida de los pacientes en la segunda semana de tratamiento es mejor que antes, se haga difícil ponerle un valor económico a eso.

Entonces, ¿cuál sería una buena estrategia para nuestros países?

Lo ideal para nuestra región que, salvando las distancias, somos todos parecidos en Latinoamérica, es decir países de ingresos medios, salvo alguno que está considerado de bajo, es lograr una política global que permita una compra grande de medicamentos y que la industria farmacéutica baje los precios en post de una compra grande. Armar una estrategia de mediano plazo, porque esto va seguir durante muchos años, no es un problema del 2017. Hay que pensar mirando al 2020, al 2030, porque en Latinoamérica va costar mucho tiempo erradicar esta enfermedad. Entonces lo nuestro es una estrategia a largo plazo, uno de los gobiernos o las entidades supra gubernamentales como la OPS o el Mercosur o las alianzas del TPP, deben tener una política o una estrategia de varios países para hacerlo. Me parece que esa es la forma. Si uno logra bajarle el costo a la medicación vamos a estar hablando de otra cosa. Hay que entender que la cura impacta en la vida de la gente y en la sobrevida de la gente- Algunas veces se usa medicamentos mucho más caros para resultados muy inferiores al impacto de lo que estamos hablando, así que en el tema de hepatitis, el costo de medicamentos se ha puesto en el centro de la discusión y a veces el eje se corre y se aleja de lo que es lo central, que es la cura.

Oncosalud: Sonoelastografía cuantitativa para mejorar la detección de cáncer

Innovación y desarrollo de un equipo que realiza la técnica de sonoelastografía cuantitativa fue hecha por investigadores de la PUCP y Oncosalud para la mejora en la precisión en la detección del cáncer.

Un ecógrafo, como cualquier otro, fue sido adaptado por un grupo de investigadores de la Pontificia Universidad Católica del Perú, con un algoritmo y tecnología biomédica, en colaboración con médicos de Oncosalud, para realizar la técnica de sonoelastografía cuantitativa, y mejorar la precisión en la detección de pacientes con cáncer de mama en nuestro país.

Este nuevo equipo médico, es único en el país y en el mundo, y podría ser la solución de muchos radiólogos en la precisión del diagnóstico de lesiones sospechosas de cáncer en la mama. Pues los otros equipos que han sido desarrollados para esta técnica por las grandes compañías, son de muy alto costo y con una forma completamente distinta de llegar al diagnóstico.

"La sensibilidad de esta metodología utilizada en la clínica hace que los diagnóstico sean más precisos que cuando se hace de modo tradicional. La ventaja es que permite identificar mejor las lesiones sólidas y quísticas que a veces confunden al radiólogo, te permite seleccionar los pacientes para realizar procedimientos invasivos en la mama. Baja el número de procedimientos incensarios y por ende en gasto" explicó el Dr. Jorge Guerrero, jefe de la Unidad de Imágenes de Oncosalud.

"Estamos basando la tecnología para hacer enfocada n el uso de vibradores externos. Los monstros comerciales han apuntado a trabajar más con una elastografía cuantitativa pero a través de fuerza acústica. Además el costo de los equipos convencionales están por encima de los 150 mil dólares pero un equipo como este puede costar 50 mil dólares" añadió.

Los pacientes en los que se ha utilizado esta técnica con el equipo adaptado por los investigadores aún es un número menor de diez, para un año y medio se espera alcanzar la cifra de 300 pacientes y tener datos más sólidos acerca de esta innovación de los investigadores.

"Estamos en la fase de cuantificar la dureza de la lesión con la elastografía en su metodología que trata de capturar la elasticidad o dureza del tejido. Porque característicamente los tumores malignos tienen más células, son más compactos y duros. Al pasaje del ultrasonido producen resistencia mayor, una respuesta diferente de las ondas que lo caracteriza. Frente a eso, se pueden evaluar con la metodología de la elastografía donde se elabora un mapa de color que se le asigna unos rangos de dureza a un determinado color. Rojo como lo más duro y azul como más blanda" explicó el Dr. Guerrero.

"De esos exámenes en los que uno encuentra una lesión y sin hacer elastografía, solo con ecografía, tiene una certeza de 70% del diagnóstico, con elastografía aumenta a un 85%. Es un complemento que le permite al radiólogo una mayor seguridad de saber si es benigna o maligna la lesión" aclara el especialista de Oncosalud.

Asimismo, La PUCP, que viene trabajando con Oncosalud, en este proyecto y en otras áreas de interés, señala que no existe nada similar en el mundo. **"Existen otros equipos para hacer elastgrafía cuantitativa pero ninguno es como este equipo. En las casas comerciales utilizan fuerza de reacción acústica y tecnología de ecografía ultrarrápida que encarece mucho el equipo y solo genera vibraciones de baja amplitud, eso atenta contra la efectividad y precisión y los resultados. En cambio, nosotros directamente generamos las vibraciones"** subraya el Ph.D. Benjamín Castañeda, coordinador de especialidades de Ingeniería Biomédica de la PUCP.

Por otro lado, Oncosalud del grupo Auna, que hasta la fecha ha tratado 35 mil casos de cáncer en el Perú, ha firmado un convenio con la PUCP para hacer investigación en distintas áreas de interés. Asimismo, las cifras de la clínica líder en el tratamiento del cáncer son esperanzadoras. Su tasa de supervivencia es de 70% en los cinco años. Es decir, que de cada diez pacientes que se atienden por cáncer en Oncosalud, siete van a estar vivos en cinco años. Esto gracia a los diagnósticos tempranos y los tratamientos que brindan.

Por su parte, la PUCP, recientemente acaba de estrenar la carrera de Ingeniería Biomédica y cuenta con el laboratorio de imágenes médicas más avanzado del país. La alianza entre estas dos importantes instituciones se realizó en el 2009 con algunos trabajos de oncología, pero en el 2011 fue que se firmó un convenio formal. Y se hizo un estudio básico en radiología, para saber cómo ópticamente los radiólogos perciben las mamografías. Hoy en día están trabajando en la sonoelastografía cuantitativa y en otros proyectos más.

1

2

FOTOS 1, 2, 3 Y 4
NUEVO PRESIDENTE DEL GREMIO DE INMUNOLOGÍA

La Sociedad Peruana de Inmunología, presentó al Dr. César Galván Calle como nuevo presidente de su directiva para el periodo 2017-2018, en juramentación realizada en el Colegio Médico del Perú. El Dr. Galván, dio a conocer los principales lineamientos de su plan de trabajo, destinados a una mayor capacitación para sus integrantes.

FOTOS 5 Y 6
INSN SAN BORJA Y UCSUR SUSCRIBEN CONVENIO

El Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja-INSN SB y la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Sur-UCSUR firmaron un convenio específico de cooperación docente asistencial, para desarrollar actividades de formación en pregrado y posgrado para estudiantes de la mencionada facultad.

FOTOS 7, 8 Y 9
DR. WILSON RUIZ ES NUEVO PRESIDENTE DE SOCIEDAD PERUANA DE HEMATOLOGIA

El Comité Electoral presidido por el Dr. José Gálvez realizó Juramentación de la Nueva Junta Directiva 2017-2018, que encabeza como Presidente el Dr. Wilson Ruiz Gil, su vicepresidenta Dra. Eliza Hazan de Heraud, secretario general Dr. Pedro Reyes Heredia, tesorera Dra. Olga Margarita López Odria. El Dr. Ruiz es un destacado hematólogo que labora en la Clínica Delgado.

3

4

5

6

7

8

9

EVENTOS & PROTAGONISTAS

1

2

3

FOTOS 1, 2 Y 3

NUEVA JUNTA DE NEFRÓLOGOS

La Sociedad Peruana de Nefrología, realizó su ceremonia de transmisión de cargos para el período 2017-2018, encabezada por el nuevo presidente Dr. César Loza Munarriz. La ceremonia contó la presencia de todo el gremio de nefrólogos del país.

FOTOS 4, 5 Y 6

JUNTA EN LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA

El Dr. Abel Hernán Salinas Rivas, asumió como nuevo Presidente del Consejo Directivo de la Sociedad Peruana de Pediatría para el periodo 2017-2018, en una Ceremonia Solemne de Transmisión de Cargo llevada a cabo en el Colegio Médico del Perú.

4

5

6

TM
TOP MEDICAL

SUSCRIBASE Y ANUNCIE EN TOP MEDICAL, LA REVISTA DE LA INDUSTRIA SANITARIA Y FARMACÉUTICA EN EL PERÚ

TELÉFONOS: 01.2255526 / 01.2264223 / RPC 998589697
PRENSA@DIARIOMERICO.PE / PUBLICIDAD@DIARIOMEDICO.PE
WWW.DIARIOMEDICO.PE

ACREDITACIÓN DE RESTORATION ROBOTICS

La clínica Dr. Augusto Cáceres recibió la acreditación ARTAS Clinical Excellence, como reconocimiento a la excelencia en el Arte de la Restauración Capilar con Robot, la única clínica en nuestro país que emplea la última tecnología robotizada en el trasplante de cabello.

INVERSIONES

Dr. Augusto Cáceres

Propietario de la Clínica Agusto Cáceres

Los planes de la Clínica Augusto Cáceres en Europa

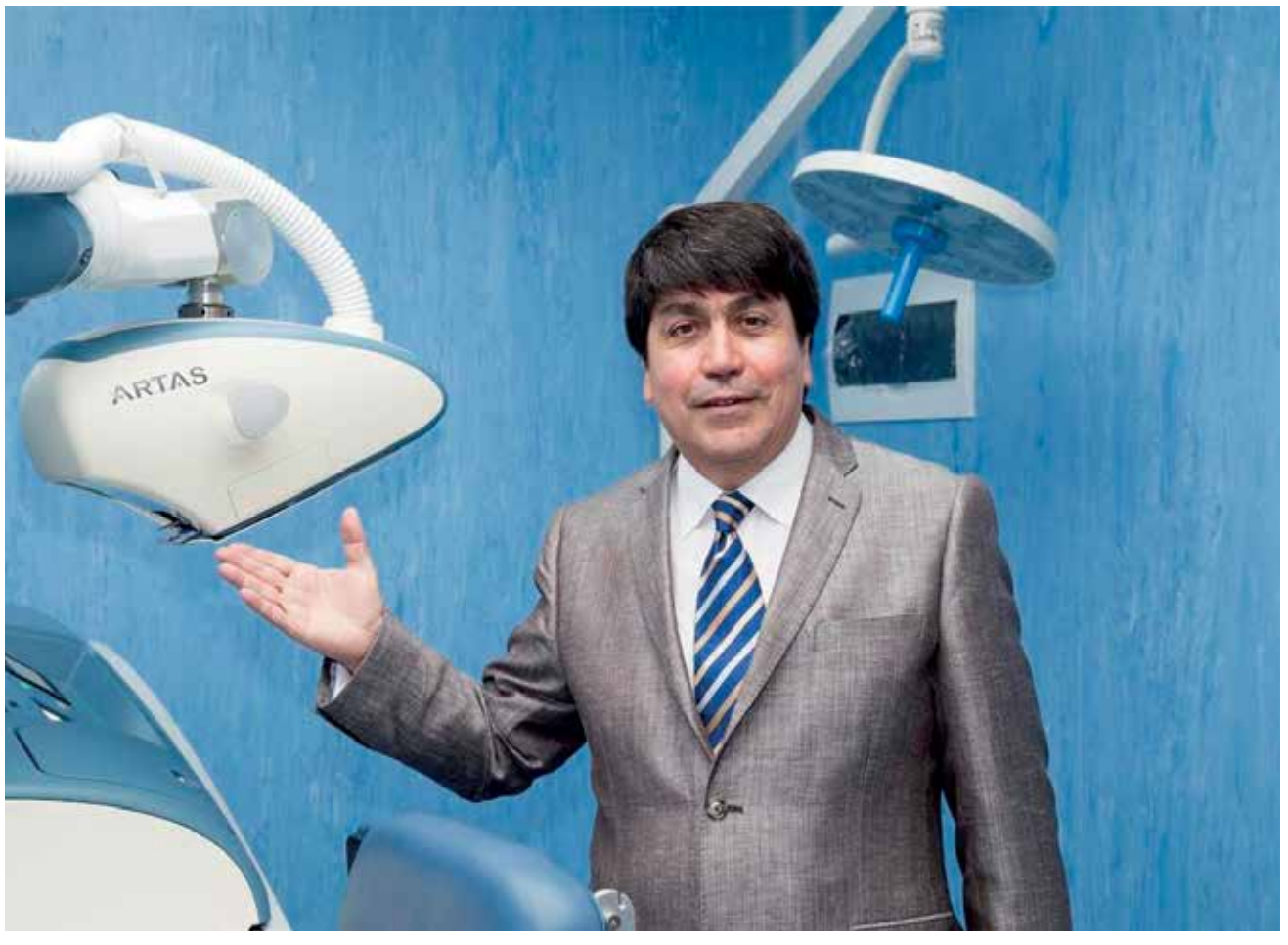
Dr. Augusto Cáceres se asocia con médicos reconocidos de España para la construcción de una clínica estética en Europa.

La Clínica del Dr. Augusto Cáceres tendrá, dentro de poco, una importante participación de la sociedad que está constituyendo con otros cuatro prestigiosos médicos directores de distintas clínicas estéticas que operan en España, y que se consolidará con la construcción e implementación de una clínica de primer nivel donde se practicará la cirugía robótica para el trasplante de cabello, entre otros procedimientos.

El doctor Augusto Cáceres tuvo el acercamiento con sus nuevos socios durante su participación dentro de la Academia Internacional de Medicina estética Universitaria y la Sociedad Española de Cirugía Estética, a la cual pertenece desde hace varios años. El aporte del Dr. Cáceres en esta nueva sociedad será, además de la inversión, su conocimiento en el uso y la práctica de la cirugía robótica para el trasplante de cabello.

"Eso es lo que los motivado a ellos a llamarnos para aportar con la experiencia con el robot. Vamos a ir médicos y técnicos de Lima para hacer el inicio del trabajo allá (España) y vamos a formar también a técnicos y profesionales médicos que también es parte de nuestro objetivo de la sociedad" explicó el experto en cirugía estética.

Por el momento el grupo de inversionistas está en la búsqueda del terreno y la construcción de la nueva clínica en España que contemplará la compra de un robot Artas para el trasplante capilar, puesto que en Perú, la Clínica del Dr. Augusto Cáceres, es uno de los centros en América Latina en obtener el Premio a la Excelencia después de un año de haber obtenido el robot para el trasplante capilar.



Para obtener el premio que otorga Restoration Robotics, La Clínica Cáceres superó los números que solicita la compañía, como por ejemplo, la técnica que realizan con el equipo, pueden manipular 900 unidades foliculares por hora, lo que pide la compañía como mínimo es 600. **"Es decir ellos piden que la cantidad de folículos viables este por encima del 85% pero nosotros estamos del 90%"** apuntó Cáceres. Asimismo, Restoration Robotics pide que la cantidad de pacientes trasplantados esté por encima de 50, la cual duplica la clínica Cáceres que ha atendido a 100 pacientes con el robot.

"Durante este año eso ha demostrado totalmente la total valía del robot. Tenemos alrededor de 100 pacientes tratados este año con Artas lo que nos permite corroborar las bondades y las proyecciones que tiene la medicina robótica específicamente con Artas para el trasplante capilar" indicó el Dr. Cáceres con más de 30 años de experiencia en la Clínica Estética.

NUEVO ROBOT ARTAS

Por otro lado, la Clínica Augusto Cáceres, no ha detenido sus inversiones a pesar de este proyecto en Europa. En los próximos meses adquirirá un nuevo robot con una inversión de medio millón de dólares, con el adicional de $ 150 mil dólares, en costos en la implementación del área donde operará el nuevo robot Artas.

Asimismo, se está implementando un área de doscientos metros cuadrados en la clínica para instalar otros equipos. Por ejemplo, el recién llegado CoolSculpting que la clínica acaba de adquirir con una inversión de 200 mil dólares y sirve para realizar liposucción no intervencionista. **"Este tratamiento con frío destruye las células adiposas y produce una destrucción de los adipocitos con lo cual ya no tendrá grasa"** explicó el cirujano plástico.

"POR EL MOMENTO EL GRUPO DE INVERSIONISTAS ESTÁ EN LA BÚSQUEDA DEL TERRENO Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA CLÍNICA EN ESPAÑA QUE CONTEMPLARÁ LA COMPRA DE UN ROBOT ARTAS PARA EL TRASPLANTE CAPILAR"